Service de gynecologie obstetrique
EPH HASsen badi belfort

aNEMIE ET GROSSESSE

DR GHEBRIOU
PR DJENNAOUI

I /Introduction

- Pathologie de fréquence et gravité variable.
- 10 -30% des f . enceintes dans les pays industrialisés
- 40-80% dans les pays en voie de DVPT.
- Fréquence élevée (d'origine ferriprive).
- D'autres étiologies sont possibles.
- Diagnostic et P.E.C +++ → Diminué le risque de RCIU et transfusionnel.

Definition

- L' A. de la grossesse :

Un taux d 'HB < **11 gr/dl. T1-T3.**

< 10,5gr/dl. T2

II / Modifications physiologiques pd la grossesse

Grossesse ⇒ modifications physiologiques sur le plan hematologique



⇑ volume sanguin circulant (syst adaptation pr repondre à ⇑ des besoins)

⇑ vol plasmatique 800 ml

⇑ masse globulaire 400 ml



Hémodilution physiologique

III/ Etiologies

LES A. NUTRITIONNELLES:

Carence en fer .

Carence en Vit. B 12 ou en AC. Folique.

LES A.POST-HGIQUES:

Aigues.

Chroniques.

LES A. HÉMOLYTIQUES:

Corpusculaires.

Extra-corpusculaires.

LES INSUF. MÉDULLAIRES:

Quantitatives.

Qualitatives.

LES A. SECONDAIRES :

Maladie chronique.

I V / Diagnostic etiologique de l' anemie pendant la grossesse

A / Anémies ferriprives (carence en fer)

. La cause la plus frequente

. Souvent banalisée

1/ Metabolisme et besoins en fer

- Besoins en fer augmente , répartis de façon inégale tout au long de la grsse.
- Particulièrement importants au T2-T3.
- Le volume sanguin circulant augmente ≈ 1200ml (800ml de plasma et 400ml de masse globulaire) = HEMODILUTION.
- Une alimentation normalement équilibrée n'apporte que 10-15 mg de fer par jour dont seulement 10 –30% sont absorbés en f(x) de :
  - ✓ composition des repas.
  - ✓ Taux d'absorption intestinale lié à l'épuisement des réserves .

2 / Conséquences de la carence en fer

a / Sur la sante maternelle

.Le fer intervient dans la synthèse de la myoglobine et de nombreuses enzymes ↔ mécanismes d'oxydation cellulaire

La diminution de synthèse de myoglobine → fatigabilite et une diminution de la capacite d' effort

.La diminution de l'activité des myoperoxydases (GB) altère les mécanismes immunologiques à médiation cellulaires et favorise les infections.

.L'altération des enzymes fer dépendantes peut occasionner une atteinte tissulaire multiple: peau, phanères et muqueuses.

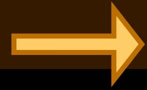
. La CM. Augmente le Nbre de mitoses ↔ la production des GR plus petits (microcytose VGM <80)

b/Conséquences de l'A. sur la grossesse

- **Infections à répétition.**
- **MAP et Accouchement Prématuré.**
- **RPM.**
- **RCIU.**
- **Pré-eclampsie.**
- **Dystocie dynamique pendant W.**
- **Risque élevé d'Hémorragie de la délivrance.**

3/ Diagnostic positif :

a / Clinique :



syndrome anémique : sa tolérance depend

son importance

rapidite de constitution

age

etat vasculaire , coronarien

signes évocateurs :

PCM , asthenie , palpitations , dyspnée

Souffle systolique anorganique

Cheveux secs , cassants , chuttent

b / Biologie

.Ferritinemie : sa diminution_est la 1° anomalie biologique qui apparait lors d'une carence en fer.

- ❖ Stable, non modifiée par une ingestion récente de fer.
- ❖ Semble refléter le niveau des résèrves en fer de façon sensible et quantitative

inf a 12 micro gr → carence martiale

. Fer serique = sideremie

.Capacité totale de fixat° de la transferrine (CTFT) déterminent la saturation de la transferrine.

Rq : Transferrine = siderophiline = pr transporte le fer vers tissus

CTFT = fer x 25

. Un coef. de saturat° de la transferrine diminué signifie un apport insuffisant de fer aux t issux ; c'est le 2° paramètre modifié quand une CM s'installe

CST = fer x CTFT

. Hemmograme : VGM < 80 M 3 parfois entre 80 – 100 si anemie recente

▣ Hb

. Aregenerative : reticulocytes < 100000 / ml

4 / Les facteurs de risque sont :

- les grossesses multiples ou rapprochées,
- l’adolescence,
- les ATCD d’anémie ferriprive, gravidique ou non.
- la géophagie : l’argile absorbée, empêche l’absorption intestinale du fer ↔ carences martiales sévères.

B / Anemies non ferriprives:

1 / Anémies macrocytaires :

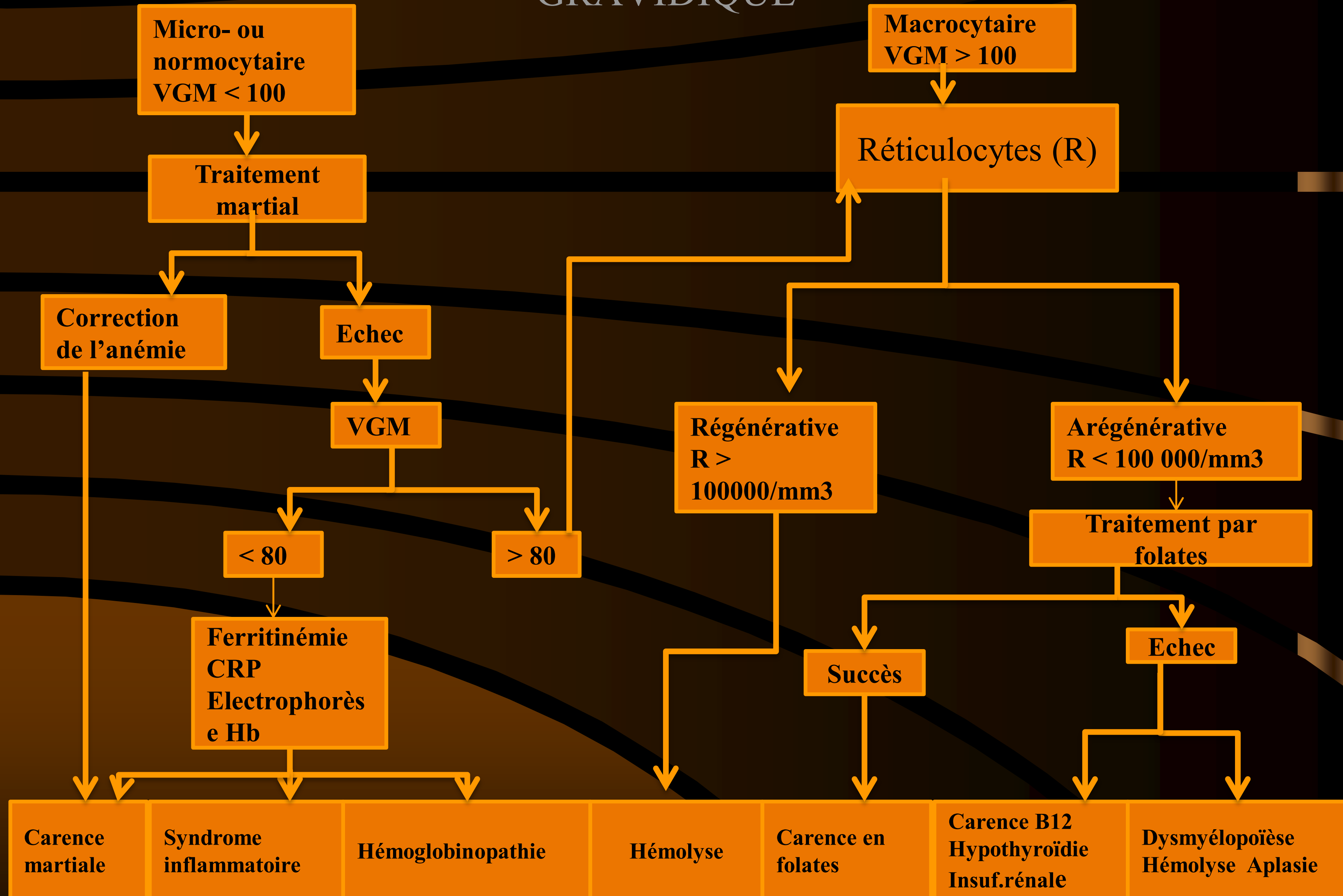
- Cause la plus frequente = carence en folate
- Anémie arégénérative (réticulocytes < 100 000/mL).
- Une anémie mégaloblastique chez 2 à 5 % des femmes enceintes dans les pays industrialisés, jusqu'à 25 % dans les pays en développement .
- Les facteurs de risque sont :
  - . tabac, l'alcool, les carences alimentaires
  - . les grossesses multiples
  - . les grossesses chez les adolescentes

- Le premier élément d'orientation = tx de réticulocytes.

2 / Autres anemies non ferriprives :

ELEMENTS EVOCATEURS D'UNE ANEMIE NON FERRIPRIVE

Antécédents personnels ou familiaux d'hémopathie
Syndrome tumoral hématologique : hépato-splénomégalie, adénomégalies.
Ictère
Syndrome inflammatoire (fièvre, amaigrissement), signes d'hypothyroïdie
Anomalies associées des autres lignées : cytopénie ou cytoprolifération (en tenant compte de la thrombopénie et de l'hyperleucocytose physiologiques
Anémie sévère d'emblée (Hb < 9 g/dL).


STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE ANÉMIE GRAVIDIQUE
Micro- ou normocytaire VGM < 100
Traitement martial
Correction de l'anémie
Echec
VGM
< 80
> 80
Ferritinémie CRP Electrophorèse Hb
Macrocytaire VGM > 100
Réticulocytes (R)
Régénérative R > 100000/mm3
Arégénérative R < 100 000/mm3
Traitement par folates
Succès
Echec
Carence martiale
Syndrome inflammatoire
Hémoglobinopathie
Hémolyse
Carence en folates
Carence B12 Hypothyroïdie Insuf.rénale
Dysmyélopoïèse Hémolyse Aplasie

V/ TRT de l’ anémie gravidique :

(carence en fer et en folates)

A/ Mesures générales et prophylaxie :

» Régles hygiéno-diétetiques :

Alimentation equilibré et riche en vitamine C

Limiter les boissons a base de théine , caféine .

Eviter les efforts physiques intenses

» Depistage de l’ anemie pendant la grossesse avec suivi régulier .

B/ TRT medicamenteux :

» TRT per os = supp en fer et folates

« TRT martial (fer) 100-200mg/j

« TRT par folates 5-15 mgr/j

Ferritinémie (stock):

« si < 50 microgr Insuffisant

supplémentat° prophylactiq 30 à 60 mgr/j

« si < 12 microgr : nul

supplémentation thérapeutiq : 200 mgr/j fer

15mg/j folates

Rq : crise reticulo au 7eme – 14eme j

deficit d'Hb corrige de ½ au 21 j

Controle biologique : FNS a 1 mois

Signes d'intolerances +++

» TRT par voie intraveineuse

VÉNOFER → Protocole

03 ampoules de 100mg chacune à diluer dans 300ml de SSI renouvelables 48H après.

Pas de relai per os immédiat.

NFS de contrôle à 10 jrs (crise réticulocytaire)+/-Ferritinémie à 03 mois.

COMMENT CORRIGER L'ANEMIE

	HB inf 9.5g/dl	**HB entre 10.5 ou 11g/dl**
Grossesse physiologique: - avant 35 SA - après 35 SA	Fer PO(2x/J) ou I.V Fer I.V	Fer PO Fer I.V
Risque d'HDD	Fer I.V	Fer I.V
Intolérance digestive	Fer I.V	Fer I.V

LES ANEMIES DU POST-PARTUM

- **Rechercher les facteurs favorisants.**
- **Elaborer un protocole de prévention.**

DEFINITION

- **Taux d'HB < 10 g/dl** .
- Son dépistage → 48h après l'accht.
- Aux modifications hématologiques s'ajoutent les déperditions physiologiques dues à l'accht. (<500cc).

FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- **Anémie gravidique.**
- **Gsse Xple.**
- **Césarienne**
- **Délivrance pathologique.**
- **W lent.**
- **W rapide.**
- **Durée des efforts expulsifs > 10 min.**
- **Recours à l'extraction instrumentale (forceps, ventouse).**
- **Lésions périnéales.**

PRÉVENTION

- **Repérer les situations à haut risque .**
- **Pratique de la D. dirigée.**
- **Ocytociques utérotoniques.**
- **Suture rapide de déchirures périnéales .**

Prévention

- FNS dans le PP et TRT en F(x) de la clinique et Tx Hb.
- Contrôle FNS et Ferritine

CONCLUSION

- **L'anémie est fréquente au cours de la grossesse et sa recherche par une numération formule sanguine est recommandée systématiquement.**
- **Recherche au 01er trimestre de la grossesse plutôt qu'au 6e mois.**
- **La Carence martiale, étiologie la plus fréquente, est souvent préexistante à la grossesse.**
- **L' anémie peut être le signe d'appel d'une maladie générale dont la prise en charge précoce peut améliorer le pronostic maternel et fœtal.**
- **En pratique, il est nécessaire d'établir un consensus dans chaque maternité à partir du protocole de prévention de l'anémie du post-partum**